接触干预在减少精神障碍公众污名中的应用*

赵鹤宾　夏 勉　曹 奔　江光荣

（青少年网络心理与行为教育部重点实验室，华中师范大学心理学院，湖北省人的发展与心理健康重点实验室，武汉 430079）

摘　要　接触干预是减少精神障碍公众污名的重要方式之一。不同接触形式已被广泛应用在减少公众污名的干预研究中，且被证实在态度、情感、行为倾向等方面均能有效减少污名。接触干预的效果受到干预实施过程和干预对象特点两方面影响。从干预实施过程来看，有效接触干预包含精神障碍患者、信息和互动三个关键成分，这些成分需要具备一定特点才能产生效果；同时，多形式接触、连续接触、接触质量等成分的存在能够进一步扩大接触干预效果。从干预对象来看，接触干预效果会随着干预对象的个体差异而有所不同。未来的研究需要进一步完善接触干预的研究设计，丰富接触干预的理论机理研究，推动接触干预的循证实践发展。同时，应用接触干预减少特定群体公众污名，以及干预特定精神障碍类型公众污名是进一步研究方向，并在我国文化背景下进一步检验接触干预效果。

关键词　精神障碍公众污名；接触干预；关键成分；个体差异

精神障碍（mental disorder）是指一个人在认知、情感、行为及个性等方面出现失调。世界卫生组织调查数据显示，全球大约有 4.5 亿人患有精神障碍（World Health Organization, 2010）。治疗精神障碍不仅仅在于症状的消除，更重要的是使精神障碍患者能够根据其角色、能力及个人兴趣充分参与到社会生活中去（Klarić & Lovrić, 2017），而精神障碍公众污名（public stigma of mental illness）（以下简称公众污名）是实现这些目标的最大障碍之一。公众污名是指公众对精神障碍患者做出的反应，由刻板印象、偏见和歧视三部分组成（Corrigan, 2000）。其中，刻板印象是指关于精神障碍患者的负面信念，比如精神障碍患者经常被描述为危险的、暴力的和不可预测的；当人们认同了这些消极的刻板印象，并对精神障碍患者产生负性的情绪和评价时，就产生了偏见；而歧视是由偏见产生的对精神障碍患者的行为反应（李强, 高文珺, 许丹, 2008）。公众污名并不局限于某一种特定的精神障碍，而是针对一系列精神障碍，如精神分裂症、抑郁症、焦虑障碍、进食障碍等（Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid, 2014; Klarić & Lovrić, 2017）。

公众污名和精神障碍一样，对精神障碍患者来说是一个巨大的挑战（Casados, 2017），甚至在许多情况下，公众污名所造成的后果比精神障碍本身更为糟糕（Thornicroft et al., 2016）。公众污名会使精神障碍患者丧失大量正当机会、遭遇社会排斥（Yamaguchi et al., 2013）。除了这些生活上的影响外，公众污名在一定程度上也会内化为自我污名（Vogel, Bitman, Hammer, & Wade, 2013）。当精神障碍患者将公众污名化的态度转向自身时，就会降低患者的自尊和自我效能感，影响其求助、治疗和康复

收稿日期：2018-5-28

* 国家社科基金重大招标项目（16ZDA232）

通信作者：夏勉, E-mail: xiamian@mail.ccnu.edu.cn

（Corrigan, Druss, & Perlick, 2014; Livingston & Boyd, 2010）。

公众污名在不同国家、不同地区都普遍存在。目前，世界卫生组织已经号召各成员国采取相应措施来减少公众污名（World Health Organization, 2015）。因此，探索能有效减少公众污名的干预方式具有重要的现实意义。

抗议、教育和接触是最常用的减少公众污名的干预方式。抗议是指通过强调污名的各种不公平形式，责备对污名群体持有刻板印象、歧视行为的人来减少污名的方式。然而，研究发现抗议通过让污名者压制偏见会导致污名者产生无意识反弹，非但没有改变污名，反而使污名态度更加恶化（Corrigan & Shapiro, 2010），因此，近些年来少有通过抗议来减少公众污名的研究。相对的，教育和接触是更加常用和有效的干预方式。教育是指通过提供正确的信息来改变公众对精神障碍患者错误的认识，从而减少公众污名的方式。接触是指通过让精神障碍患者与公众互动来减少公众污名。虽然有关接触干预和教育干预谁更有效的说法众说纷纭（Griffiths et al., 2014; Yamaguchi, Mino, & Uddin, 2011），然而更多的研究支持接触干预在减少公众污名上更具有优势。比如，一项基于 72 项研究的元分析表明，接触干预的效果量是教育干预的 3 倍多（Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsch, 2012）。此外，在减少公众污名上，教育干预会带来一种“专家偏差”，从而会破坏信息的可信度，而接触干预所传递的信息来自患者的亲身讲解，更具有真实性（Corrigan & Fong, 2014）。因此，与接受专家的精神障碍知识教育相比，接触一个分享自身经历的精神障碍患者，可能更有利于减少公众污名（Corrigan, 2016; Yamaguchi et al., 2011）。鉴于接触干预在减少公众污名上的优越性，越来越多的干预项目采用接触的干预方式。

通过文献梳理，我们发现当前对接触干预减少公众污名的研究主要分为两部分：第一，不同接触形式在减少公众污名上的应用及其效果研究；第二，随着循证实践（evidence-based practice）的发展，不少研究开始探索接触干预的关键成分（key ingredients）及干预效果的影响因素。因此，本文将从这两个方面对有关接触干预的研究进行综述，并指出接触干预今后的研究方向。

1　接触干预形式

群际接触假设认为，内外群体通过互动能有效减少偏见，尤其当内外群体在最佳接触条件下（平等、合作、共同目标及权威、法律的支持）进行接触能够产生最优接触效果（Allport, 1954; 转引用自李森森, 龙长权, 陈庆飞, 李红, 2010）。自从群际接触假设提出后，群际接触类型不断得到扩展，由先前主要对直接接触的关注到现在对直接接触和多种间接接触共同关注。自 20 世纪 60 年代开始，不少研究开始应用接触来减少公众污名（London, 2010）。如今，不同接触形式的干预已被广泛运用在减少公众污名的干预项目中。下面将介绍不同接触形式在减少公众污名中的应用。

1.1　直接接触干预

直接接触干预是指安排精神障碍患者与目标群体以面对面的形式进行互动。最常见的做法是精神障碍患者向目标群众讲述自己的个人经历，并和目标群众进行互动（Patten et al., 2012; Vaghee, Salarhaji, Lotfabadi, & Vaghei, 2017）。例如，在 Corrigan 等人（2001）的干预研究中，接触干预组被试先观看精神障碍患者以个人经历为主要内容的 10 分钟自我呈现，然后和该患者就精神障碍相关问题进行 5 分钟的讨论。此外，也有不少干预项目对精神障碍患者呈现个人经历的形式加以调整，比如让精神障碍患者改变讲述个人经历的方式，通过舞台剧（Faigin & Stein, 2008）或诗歌、散文（独白）、音乐（Kosyluk et al., 2018）等形式将自己的个人疾病经历演绎出来。还有研究让医学院学生通过一对一或小组的形式

与精神障碍患者多次会面，以了解精神障碍患者的个人经历（Chen et al., 2017）。

除了上面相对结构化的接触干预外，现实情景下的直接接触也被运用在减少污名的干预中。在 Couture 和 Penn（2006）的研究中，选取有意愿和精神障碍患者接触的同辈志愿者，并将他们和精神障碍患者进行一一配对，之后要求他们每周相处一次，历时 6 个月，以此考察这种现实情景下的直接接触是否有利于减少公众污名。另外，让公众从事与精神障碍患者相关的志愿活动也是一种直接接触干预形式。例如，在 Fung, Chan, Woo, Ma, & Mak（2016）的干预研究中，让学生为处于康复状态的精神障碍患者进行半天到一天的志愿服务。

1.2 间接接触干预

在直接接触干预中，精神障碍患者需要与公众进行面对面互动，这对患者有较高的要求，因而实施起来相对困难。因此，不少学者通过间接接触来减少公众污名。其中，应用最多的间接接触干预形式是视频接触（video-based contact）。通常情况下，视频接触是指精神障碍患者通过视频等媒介讲述他们的精神障碍经历，包括症状、治疗和个人康复等内容（Yamaguchi et al., 2013）。在这种视频接触干预中，视频既可以呈现一个或多个精神障碍患者讲述自己的精神障碍经历，也可以通过心理健康专家和精神障碍患者以访谈的形式进行呈现（Brown, Evans, Espenschade, & O'Connor, 2010；Hackler, Cornish, & Vogel, 2016; Nguyen, Chen, & O'Reilly, 2012）。此外，也有部分视频接触干预采用让干预对象观看刻画精神障碍患者经历的电影、纪录片来减少其公众污名（Petkari, 2017; Thonon, Pletinx, Grandjean, Billieux, & Larøi, 2016）。相对于面对面接触来说，视频接触具有低成本、方便操作、能够广泛传播等优势（Corrigan et al., 2012）。因此，当面对面接触不可行的时候，视频接触在减少公众污名上是一个不错的选择。

除了视频接触这种间接接触干预外，近年来也有不少研究开始探索其它间接接触干预形式，比如想象接触和扩展接触。想象接触（imagining contact）是指心里想象和一个或多个外群体成员进行社会互动（Crisp & Turner, 2009）。在减少公众污名干预研究中，想象接触一般是让被试在一定时间内想象与一个精神障碍患者进行积极的、轻松的、舒适的互动（Na & Chasteen, 2016; West, Holmes, & Brown, 2011）。扩展接触（extended contact）是指如果个体得知内群体成员与外群体成员之间存在友谊关系，可以减少其对外群体的偏见，改善对外群体的态度（West & Turner, 2014）。通过视频展现接触双方的亲密友谊关系或互动，可以被看成是一种扩展接触（Lemmer & Wagner, 2015）。例如，在 West 和 Turner（2014）的研究中，让被试观看一段展现两个人友好互动的视频，告知扩展接触组被试视频中的一个人为精神分裂症患者，随后对被试的污名转变进行测量。当前，想象接触和扩展接触大多是在实验室内进行的，较少应用在实验室以外的干预项目中。

1.3 接触与教育相结合

接触除了可以独立作为一种干预手段进行干预外，也可以和其他方式结合起来使用。其中，接触和教育相结合是常用的干预方式。这种干预方式在具体实施的时候较为灵活，既可以采用讲课或工作坊与视频接触相结合进行干预（Chan, Mak, & Law, 2009；Ke et al., 2015），也可以采用专家讲座与直接接触相结合进行干预（Ahuja, Dhillon, Juneja, & Sharma, 2017）。此外，也有精神障碍患者在教育和接触相结合的干预项目中既是知识讲授者也是个人经历呈现者。比如在 Rubio-Valera（2018）的研究中，经过训练的精神障碍患者首先就有关心理健康、精神障碍诊断以及精神障碍污名等内容进行了一个讲座，然后该精神障碍患者就自己的精神障碍经历进行呈现并讲述污名对自己的影响。

总而言之，不同接触形式已被广泛运用在减少公众污名的干预中。在现有基于接触的干预

（contact-based intervention）项目中，大多采用的是精神障碍患者直接（或通过视频）讲述自身精神障碍经历这种干预形式。另外，接触和教育相结合也是常用的干预方式。

2 接触干预效果

大量研究表明，接触干预能有效减少公众污名，且被证明是目前减少公众污名最有效的干预方式之一（Corrigan et al., 2012; Couture & Penn, 2003; Kolodziej & Johnson, 1996; Thornicroft et al., 2016）。

接触干预减少公众污名的有效性在不同群体中得到检验。接触干预可以从国家层面进行干预，有效减少一般群体（general public）的公众污名。例如，英国的 Time to change 是一项基于接触的国家级干预项目，该项目其中一个促进公众与精神障碍患者进行直接接触的举措，是在不同城市或地区中人流较大的街道，设置可移动的房屋，处于康复状态且受过训练的精神障碍患者邀请路人进入该房屋，并与之分享自身经历（Evans-Lacko et al., 2013）。通过对该项目进行评估，Evans-Lacko 等人（2013）发现这种直接接触显著地改善了公众对精神障碍患者的污名态度。类似的，瑞典的 Hjärnkoll 运动也是一项基于接触的旨在减少公众污名的干预项目，其主要做法是让受过训练的精神障碍患者在国家或地区论坛上结合自身经历讲述精神障碍相关内容，以此减少公众污名。Hansson, Stjernswärd 和 Svensson（2016）通过对该项目进行评估发现，接触干预至少在短期内能够对公众的知识、态度及行为产生积极影响。这些均表明接触干预可以运用到国家层面的大型干预项目中，以减少一般群体的公众污名。

此外，接触干预也能运用在对特定群体的干预中，有效减少中学生群体（Koller & Stuart, 2016）、大学生群体（Yamaguchi et al., 2013）、新闻媒体专业人员（Maiorano et al., 2017）、医护人员（Stubbs, 2014）等特定群体的公众污名。比如，Yamaguchi 等人（2013）通过系统综述 35 项旨在减少普通大学生公众污名的干预研究发现，直接接触或视频接触在改善一般大学生对精神障碍患者的态度和行为倾向上最为有效。接触干预对于降低经常与精神障碍患者接触的医护人员的公众污名同样有效。例如，Patten 等人（2012）通过一项随机对照实验证明了将接触干预纳入到课程教育中会有效减少医学相关专业学生的公众污名。最近的一项随机对照研究也表明了将接触干预纳入工作训练对减少医护人员公众污名的有效性（Moll, Patten, Stuart, MacDermid, & Kirsh, 2018）。

具体说来，接触干预能从以下几个方面减少公众污名。首先，接触干预能够有效改变干预对象对精神障碍患者的消极归因和认知，提高干预对象对精神障碍患者的积极态度。研究表明在接触干预后，干预对象改变了对精神障碍患者的患病归因，不再认为精神障碍患者应该为他们的疾病负责，从而减少了对精神障碍患者的责备态度，减少了精神障碍患者是危险的观念，提升了对精神障碍患者能够较好愈后的认知，提高了对精神障碍患者的赋权（empowerment），不再认为精神障碍患者是无能的（Corrigan et al., 2001; Corrigan et al., 2002 ; Kosyluk et al., 2016）。其次，接触干预能够使干预对象对精神障碍患者产生更多的积极情感反应，降低了消极情感反应，例如提高干预对象对精神障碍患者的怜悯、同情等情感，降低对患者的焦虑、害怕、恐惧等消极情绪（Chiu & Graham, 2017；Corrigan, Larson, Sells, Niessen, & Watson, 2007; Frías et al., 2017）。最后，接触干预能够改变干预对象对精神障碍患者的行为倾向。研究发现，接触干预能有效减少人们对精神障碍患者的预期社会距离，增加人们未来与精神障碍患者接触的意向（Clement et al., 2012; Reinke, Corrigan, Leonhard, Lundin, & Kubiak, 2004; Vinson, Abdullah, & Brown, 2016），不再认为精神障碍患者应该被隔离、限制（Corrigan et al., 2007），对精神障碍患者产生更多的帮助行为（Corrigan et al., 2002）。

为了进一步验证接触干预在减少公众污名上的效果，不少研究将接触干预与其他干预方式进行了比较。除了前面提到的接触干预比教育干预、抗议干预更能显著地减少公众污名外，接触干预也被证明比其它干预方式在减少污名上更具优越性。例如，有研究进一步比较了基于接触的干预与接受承诺训练（Acceptance and Commitment Training）在减少公众污名上的效果（Vaghee et al., 2017）。该研究随机将111名护士分为接触干预组、接受承诺训练组和控制组。其结果表明，接触干预和接受承诺训练均能有效减少护士群体对精神障碍患者的社会距离，并且接触干预在增强护士群体关于患者可以康复的信念上更为有效。

总地说来，有关接触干预的研究结果支持接触在减少公众污名上的作用。不过，我们在对接触干预效果进行解读时需要注意以下问题：首先，公众污名的改变不仅体现在知识、态度方面的转变，更重要的是行为的改变。由上可知，当前对接触干预效果的评估大多以态度、情感是否转变为焦点，在评估行为改变时，研究大多采用社会距离量表来替代对真实行为的评估。然而依据社会距离量表测量出的行为变化并不能反映人们真实的行为变化，所以这些研究结果并不能推广到真实情景中。因此接触干预是否能改变人们在真实情境下对精神障碍患者的行为倾向尚待进一步研究得以明确。其次，现有研究只是证明了接触干预在短期内能够有效减少公众污名，尚没有足够的证据可以支持接触干预的长期效果。最后，需要提及的是，新近的一项元分析发现，接触干预和教育干预在减少公众污名上只有“小到中”的效果量（Morgan, Reavley, Ross, San Too, & Jorm, 2018），如何进一步扩大接触干预的效果仍是未来需要研究的主题。

3 接触干预关键成分

鉴于接触干预能有效减少公众污名，越来越多的国家或地区实施基于接触的干预项目，比如英国的Time To Change 运动、瑞典的 Hjärnkoll 运动、美国的 In Our Voice 项目以及加拿大的 Open Minds 运动（Brennan & McGrew, 2013; Henderson, Stuart, & Hansson, 2016），这些干预项目各具特点。研究发现并不是所有的接触干预都能有效减少公众污名（Chisholm et al., 2016），有效的接触干预项目，效果大小也不尽相同（Chen et al., 2017），即使是那些接触干预效果很强的干预项目，其项目长度、内容等方面也并不一致（Knaak & Patten, 2016）。随着对循证实践的越发重视，不少学者开始关心接触干预中包含哪些成分才可能使接触干预有效。近来，有研究探索了针对成年人群体、青少年群体以及医疗保健群体等群体所实施的基于接触干预项目的关键成分（Chen, Koller, Krupa, & Stuart, 2014; Corrigan et al., 2013; Knaak et al., 2014）。这些研究初步阐明了有效接触干预所需的关键成分，这其中也包括一些能够扩大接触效果的成分。

综合现有研究，我们发现精神障碍患者、信息以及互动是接触干预中最关键的三种成分。同时，这些成分需要具备一定特点才能促进接触干预产生效果。此外，多形式接触模式、连续接触、接触质量等的存在也能提升接触干预效果。

3.1 精神障碍患者

精神障碍患者作为接触干预的关键成分之一，需要具备一定特征才能提升接触干预效果。首先，精神障碍患者需要处于康复的状态（in recovery），并且能够在言行举止等方面体现出这种康复状态。精神障碍患者处于康复状态是指尽管过去或现在存有症状，但精神障碍患者能够较好控制自己的症状，并能够正常的投入到工作和生活中去（Chen et al., 2014；Corrigan et al., 2013）。这是由于接触一个尚不

处于康复状态的精神障碍患者时，人们所接触到的患者形象可能与其具有的精神障碍群体刻板印象相同，这不利于其改变污名态度。其次，精神障碍患者在干预前需要接受一定的支持和指导，从而使精神障碍患者既能够以安全的方式讲述他们自己的故事，同时又能通过讲述引发干预对象对精神障碍污名的思考（Cunningham, Peterson & Collings, 2017）。Chen 等人（2014）基于访谈和观察数据，确认了精神障碍患者在干预前应该接受六项有利于具备演讲技能的活动训练，为研究者对精神障碍患者干预前的培训提供了参考。这六项训练活动分别是观察、进行心理准备（包括建立自信、提供支持等）、提高演讲知识和技能、进行问题排练、个人故事发展训练以及安排大量练习。再次，精神障碍患者需要反映干预对象的特征，以增加接触干预的可信度。研究指出，精神障碍患者应该呈现多样性，即精神障碍患者需反映干预对象的宗教、语言、信仰、性别、年龄、性取向等特征，具备和观众相似的社会角色（Corrigan, 2011; Corrigan et al., 2014; Corrigan et al., 2013）。最后，需要注意的是精神障碍患者在接触过程中应该和观众具有平等的地位，如作为一名教育者、演讲者、促进者或领导者，而非以一名精神障碍患者的身份与观众进行接触（Ashton et al., 2017）。比如，在干预医疗专业学生公众污名的时候，精神障碍患者和学生的关系此时不是“医生和病人”的关系，而应该把患者作为“老师”、“专家”（Chen et al., 2017）。不少研究已证实这种平等的接触模式能够有效改善医疗专业学生对精神障碍患者的态度及行为倾向（e.g., Knaak, Karpa, Robinson, & Bradley, 2016）。

3.2 精神障碍患者传递的信息

精神障碍患者所传递的信息是整个接触干预的核心。大量接触干预项目采用精神障碍患者讲述个人经历这种形式来减少公众污名，且这种干预形式被证明能有效减少公众污名。因此，可以认为精神障碍患者讲述自身经历或者说是自我揭露（self-disclosure）是减少公众污名的关键（Corrigan, 2017）。研究表明，精神障碍患者讲述的具体内容会对干预效果产生重要影响：相比于主要讲述症状或者康复后的生活，患者全面讲述自己从患病到康复的经历能更显著地减少干预对象的公众污名（Relinke et al., 2004）。Corrigan 等人（2013）通过访谈曾经参与过接触干预的精神障碍患者同样得出，精神障碍患者要讲述的个人经历应包括患病经历（the way down）和成功康复的经历（the way up）两部分内容。不少干预项目围绕这两部分内容为精神障碍患者更好地呈现个人经历提供了框架。例如针对医疗健康工作人员进行干预时，Knaak 和 Patten（2015）认为精神障碍患者应该从以下几个方面来讲述个人经历：精神障碍患者应该讲述一下他们的个人背景、患病经历、治疗和就医经历、由疾病到康复的转折点、有关污名的经历、康复经历（包括能够控制自己的症状以及现在正常乃至成功的生活等）。精神障碍患者在讲述这些个人经历时，需要格外强调个人的康复经历，以体现康复的真实和可能。许多探索接触干预关键成分的研究均表明，强调康复信息是患者所要讲述的最重要的内容（Chen et al., 2015; Corrigan et al., 2014; Knaak et al., 2014）。Knaak 等人（2014）在探索个别因素对干预效果的影响时发现，强调康复的干预研究比不强调康复的干预研究干预效果要好。

除了个人经历外，一些旨在纠正有关患者错误信念的教育性信息也是干预中需要传递的重要内容。Chen 等人（2015）和 Knaak 等人（2014）的研究表明纠正与精神障碍相关的错误信息（如精神障碍患者是危险的、暴力的、不可预测的等）是减少青少年群体和医疗保健群体污名的关键成分之一。Corrigan 和 Fong（2014）进一步指出，传递教育性信息能够使接触干预更为有效，这可能是因为精神障碍患者可以结合自身情况来支持和个人化这些信息（National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016），从而可以更好地帮助干预对象从接触过程中理解精神障碍患者的个人经历（Ashton et al., 2017）。

需要注意的是，传递的信息需要根据干预群体及干预目标进行调整。比如针对雇主进行干预时，需要在接触时强调精神障碍患者是能够康复的以及康复后有能力正常工作等信息；如果以增加求助行为为目的，精神障碍患者需要重点强调求助方面的相关信息。

3.3 互动

接触双方积极的互动会促进接触干预产生效果（Corrigan et al., 2002）。这可能是因为表面的接触并不利于减少偏见，而提供一个与精神障碍患者进行互动的机会，可以让目标群众更深一步的了解精神障碍患者，从而有利于进一步产生接触效果（Chen et al., 2014）。Ashton 等人（2017）认为在直接接触干预中，接触双方应该进行开放对话，允许无评判地讨论、互动、问答等。同样，在视频接触干预中，开放的、发散的讨论也是必须的（Ashton et al., 2017）。Corrigan 等（2012）元分析表明，直接接触干预的效果量大于视频接触干预的效果量，一个可能原因就是在视频接触干预中缺乏这种互动。此外，在讨论前，干预对象掌握一定的精神障碍相关知识可能会进一步促进互动（Chen et al., 2014）。现有干预设计中，比较常见的互动环节有观众就感兴趣的问题向精神障碍患者提问，然后精神障碍患者进行回答；双方针对感兴趣的问题进行讨论等。

3.4 其他促进成分

3.4.1 多形式接触干预

多形式接触干预模式能产生较好的干预效果。多形式接触干预模式是指直接接触和视频接触相结合，多个精神障碍患者进行自我呈现等。前面提到，接触干预包括直接接触和间接接触两种干预形式，每种接触形式又有多种呈现方式。不过，大多研究在接触干预中采用单一的接触干预形式。然而，研究发现多形式接触干预模式比单一模式干预效果要好。例如，Knaak 等人（2014）通过对比研究发现，直接接触和视频接触相结合进行干预比只有其中一种接触形式的干预效果要好；有多个精神障碍患者进行呈现比只有一个精神障碍患者呈现效果要好。由美国联邦心理健康委员会实施的 In Our voice 干预项目就是包含视频接触（多个精神障碍患者进行呈现）和直接接触相结合的干预范例，并被验证取得了不错的干预效果（e.g., Brennan & McGrew, 2013）。

3.4.2 连续干预

长期有效的接触干预需要是连续性的。一次的接触干预虽然会产生短期的干预效果，但随着时间的推移干预效果会减退（Corrigan et al., 2012）。比如，有研究指出一次的接触干预只有即时评估结果有效（Campbell, Shryane, Byrne, & Morrison, 2011），而随着时间的迁移干预效果将不再显著。这是因为单一的、不一致信息可能只会引起微弱的、暂时的刻板印象改变。而渐进的、累计的不一致信息会引起较大的改变（Hewstone, 1996）。因此，Corrigan（2011）指出，连续的接触干预会扩大接触干预的效果。Koike 等人（2016）在一项随机对照实验研究中所得到的结论支持了这个观点，该研究表明重复的视频接触相对于对照组和控制组来说，最大限度的改变了污名态度。Frías 等人（2017）的研究也发现持续的直接接触比零散的直接接触能够在更多方面减少公众污名。此外，一项系统综述进一步表明重复的直接接触能够长期维持积极的干预效果（Guruge, Wang, Jayasuriya-Illesinghe, & Sidani, 2016）。这表明了公众污名改变并不容易实现，需要不断的进行接触干预并对接触效果进行跟踪评估。

3.4.3 接触质量

不难发现，上述接触干预的关键成分并没有涉及到 Allport（1954）提出的群际接触最佳条件（平

等、共同目标、合作及权威支持）。虽然这些条件不是减少污名的必要条件（Pettigrew & Tropp, 2006），但是这些条件的存在会促进接触效果。早先的一项研究表明，当被试与精神障碍患者在平等、合作、有共同目标等条件下进行接触，有利于减少精神障碍污名（Desforges et al., 1991）。同样，研究发现这些条件对接触干预效果也有促进作用（Evans-Lacko et al., 2012）。Ashton 等（2017）认为当干预对象与精神障碍患者在接触时有共同的目标，能够共同合作，同时这种接触得到权威机构、法律、文化的支持，能够加强接触的干预效果。Cerully, Collins, Wong, Seelam 和 Yu（2017）通过让被试在接触干预后对接触过程中所感知到的积极、自愿、平等、共同目标以及亲密程度进行评估，来代表感知到的接触质量，结果表明接触干预效果会随着不同个体所感知到的接触质量程度而有所不同，个体所感知到的接触质量越积极，其公众污名程度改变越大。

总之，具备一定条件的精神障碍患者讲述自己的个人精神障碍经历，并且通过传递一定教育性信息来帮助干预对象理解其个人经历，然后和干预对象进行互动，这是实施有效接触干预的关键成分。此外，多形式的接触干预模式，连续性接触以及在干预中营造最佳接触条件，也能进一步扩大接触干预效果。对接触干预关键成分进行上述梳理，有助于从干预实施角度厘清接触干预的效益机制，即接触干预“如何有效”，从而为有效实施接触干预提供参考。

4 干预对象个体差异对干预的影响

除了上述关键成分会对接触干预效果产生影响外，干预对象的个体差异也对接触干预效果产生影响。从干预对象的个体差异出发，探索其对干预效果的影响，一方面有助于研究者对接触干预效果的差异有更进一步认识；另一方面也可以让研究者根据个体差异及时调整接触干预内容乃至选择更合适的干预方式，以最终减少公众污名。通过文献梳理，我们发现个体先前接触经历、年龄、性别等因素对接触干预效果有影响。

4.1 先前接触经历

个体先前与精神障碍患者的接触经历对接触干预效果有调节作用。Ramiah和Hewstone（2013）研究表明，当人们与外群体成员先前接触经历较少的时候，接触对偏见的干预效果更为有效。这一结论在接触减少污名的干预研究中得到了验证。比如，有研究发现相对于先前有较多接触经历的个体来说，接触干预对于先前没有接触经历的个体更为有效（Cerully et al., 2017）。这可能是因为对于有先前接触经历的个体来说，先前的接触可能已经使他们减少了污名态度，而额外的接触干预的影响就较小。而对于先前没有接触经历的个体来说，由于其具有较少的关于精神障碍患者的先在态度，接触干预的积极效应可能会更加显著。值得一提的是，先前接触并不一定会减少公众污名，甚至还会恶化污名（Couture & Penn, 2003），也就是说先前接触可能会使个体对精神障碍患者持有较高的公众污名。对于这些个体，接触干预可以有更大的空间去改善他们的公众污名，这是因为在接触干预中，他们能够感知到与先前接触经历不一样的体验，从而显著地减少其公众污名。

4.2 年龄

除了干预对象的先前接触经历对接触干预效果产生影响外，干预对象的年龄也会对接触的干预效果起到调节的作用。接触干预对年轻的成年人群体的干预效果要好于对青少年和老年人群体的干预效果。Corrigan 等人（2012）的元分析表明，接触对成年人公众污名的干预更为有效，而教育干预对青少年更为有效。仅就青少年群体来说，即使很小的年龄差异对接触干预效果也有较大影响。例如，对于 6-13

岁年龄段的小学生、初中生来说，接触干预可能并不比课程教育干预有效（Painter et al., 2016），甚至会降低干预效果（Chisholm et al., 2016）。然而也有研究发现接触干预能有效减少年龄稍大些的初中生（13-18 岁）、高中生群体的公众污名（Chan et al., 2009; Koller & Stuart, 2016）。出现这一差异的原因可能是青少年群体大脑发展由于年龄不同（即使相差一两岁）而存在较大差异，这种发展差异可能导致青少年群体对接触反应不同（Chisholm et al., 2016）。此外，接触干预对不同年龄段的成年人群体也有不同的效果，如有研究发现接触干预对于 18-24 岁的年轻人的干预效果要好于老年人群体（Wong, Collins, Cerully, Jennifer, & Seelam, 2018）。综上，在实施反污名干预时应根据干预对象的年龄特点恰当的运用接触干预方式。

4.3 性别

性别也是影响接触干预效果的一个重要调节变量。接触干预对于女性的干预效果要好于男性。不少研究发现，无论是成年人群体还是青少年群体，男性在接触干预后对精神障碍患者消极态度、社会距离方面的改变都要小于女性（Koller & Stuart , 2016 ; Wong et al., 2018）。不同性别在接触干预后反应存在差异可能是因为精神障碍患者的个人经历更多的引起女性的共情，较少的引起男性的共情。而这种共情是接触减少偏见的一个作用机制（Pettigrew & Tropp, 2008）。因此，不少研究者提出有必要开展针对性别的干预策略（Henderson et al., 2016; Koller & Stuart , 2016）。

5 不足与研究展望

5.1 完善研究设计

从研究设计来看，部分接触干预的研究设计是一种弱设计，既没有对照组，也没有控制组，效果的评估往往基于前、后测。并没有足够的随机化研究证据支持接触干预的有效性（Griffiths et al., 2014）。因此，未来的研究需要通过更加严谨的实验设计（比如随机对照研究）来检验接触的干预效果。需要特别提及的是，对于前面提到的国家层面的接触干预项目来说，随机对照的研究设计较为困难。目前研究大多采用前后测的研究设计来评估这类干预项目的效果。显然，其研究结果会受到众多额外变量的影响。为了更好地验证公众污名的改变是接触干预起的作用，未来研究可以采用时间序列研究设计、剂量效应（dose-response）检测等方法对干预效果进行检验。此外，由于大部分接触干预缺乏追踪研究，因而目前并没有足够的证据可以证明接触干预具有长期的干预效果（Mehta et al., 2015; Thornicroft et al., 2016）。Mehta 等人（2015）进一步指出，对于减少公众污名的干预效果不仅要评估干预的即时效果，评估干预对象的污名改变是否会随着时间的变化而变化也很重要。因此，接触干预的长期效果还有待检验，有必要设计追踪研究来检验接触干预的长期效果。最后，需要指出的是，除了设计追踪研究来检验干预的长期效果外，确定接触干预起效的作用机制最好同样设计追踪研究进行检验。以下文将要提及的中介变量为例：当前有关接触干预效果中介机制的研究通常是在接触干预后，收集中介变量及结果变量的测量数据，以此检验中介效应。而确定中介效应的理想做法是分时间段调查自变量、中介变量、因变量，即采用追踪研究确定变量之间的因果关系。因此，为了更好地验证接触减少污名的中介路径，未来的研究可采用追踪研究的方法进行尝试。比如，为验证焦虑的中介作用，可先在时间点 1 对被试进行接触干预，在时间点 2 测量被试的焦虑情绪，在时间点 3 测量被试的公众污名水平。

5.2 丰富理论机理的研究

通过文献梳理不难发现，相对于接触干预效果的大量研究，有关接触干预起效的理论基础、中介机制、调节机制的研究相对较少。显然，这是污名干预研究领域的一个不足。对这些理论机理进行探讨有助于我们更好地理解接触干预起效的机制。

5.2.1 加强理论基础的验证

接触干预有效性的理论证据还有待进一步挖掘。有学者尝试从认知失调理论、归因理论以及再分类理论去解释接触干预如何起效（Couture & Penn, 2003）。近来也有学者基于直接接触和视频接触在减少污名上并没有显著差异的研究结果，提出叙事理论（narrative theory）可能作为接触减少精神障碍污名的一个补充解释（Clement et al., 2012）。目前有个别研究对认知失调理论、归因理论进行验证（Corrigan et al., 2002; Reinke et al., 2004），但相关实证研究依然较为缺乏，尤其是对再分类理论、叙事理论的探讨尚停留在理论推论层面。更重要的是，目前仍不清楚是否其中任何一个理论或多个理论相结合足以解释接触减少公众污名的机制，因此需要进一步通过大量实证研究澄清接触减少公众污名的机制。

5.2.2 厘清中介机制

当设计减少精神障碍污名的干预项目时，考虑哪些因素对接触的干预效果起中介作用是非常重要的。从少量的相关研究发现，接触干预对减少污名作用的中介路径主要基于 Pettigrew 和 Tropp（2008）的研究发现（接触通过减少焦虑、增加共情等来减少偏见），从情绪路径进行考察。未来研究在进一步探索接触干预的中介机制时可从以下方面继续深入：

第一，进一步验证情绪变量的中介作用。目前仅有研究验证了减少焦虑在想象接触减少公众污名上的中介作用（Stathi, Tsantila, & Crisp 2012; West et al., 2011），但减少焦虑在其他接触形式减少污名的中介作用还未得到检验。不过，Chiu 和 Graham（2017）研究发现，在直接接触干预中，他人焦虑（other-anxiety），而非自我焦虑（self-anxiety），更能够显著预测被试对患者的社会距离，这一发现为更细致地研究焦虑情绪在接触干预中所起的作用提供了新的视角。虽然诸多学者指出增加共情可能是接触减少污名的一重要作用机制，但鲜有研究对此进行检验。相反，却有研究表明增加共情这一中介路径在视频接触干预中并不显著（Norman, Sorrentino, Hampson, & Ye, 2017）。因此，共情的中介作用有待进一步验证。此外，有研究表明干预对象在接触干预后并没有减少焦虑和增加共情，反而产生的是希望、震惊、感动等情感（Clement et al., 2012）。因此，除了 Pettigrew 和 Tropp（2008）所提出的特定情感外，接触还可能促使干预对象产生其他情感反应，从而促使其污名态度转变。这同样需要未来的研究进行验证。

第二，从新的视角发现更多的中介变量。为此，一方面研究者可从现有解释接触减少污名的理论出发，发现新的中介变量。以再分类理论为例，接触干预后是否会促使干预对象对精神障碍患者的分类标准发生变化，进而促进公众污名的改变？这一路径尚停留在理论推理层面，亟需实证研究进行验证。再比如，基于叙事理论，叙事传输（narrative transportation）是否在以患者个人故事为主要干预内容的直接接触或视频接触减少污名上起着中介作用？这同样需要进一步验证。另一方面，鉴于现有理论研究视角的局限，可尝试借鉴群际接触在减少其他群体偏见上的研究进展，探索新变量的中介作用。例如，有研究从群际威胁理论出发，认为群际威胁（包括现实性威胁和象征性威胁）是接触减少偏见的一个重要中介变量（Ramiah & Hewstone, 2013）。Gronholm 等人（2017）进一步指出，接触干预可能会通过减少群际威胁，进而减少公众污名。这一推论尚需实证研究的验证。

5.2.3 拓展调节变量

接触干预效果受到某些调节变量的影响。现有研究中，影响接触干预效果的调节因素主要有个体先前接触经历、先前污名水平以及性别、年龄等人口学变量。显然这些研究主要是基于干预对象个体差异层面上进行探讨的。未来研究可以从以下两方面尝试发现更多的调节变量。第一，继续拓展干预对象其他个体差异对干预效果的影响。比如，个人特质也可能会对接触干预效果有调节效应。最近一项研究发现，相对于确定倾向（certainty-oriented）特质的被试，不确定倾向（uncertainty-orientation）特质的被试在接触干预后，更显著地增加了对精神分裂症患者的积极印象（Li, Sorrentino, Norman, Hampson & Ye, 2017）。这揭示了个人特质作为接触干预效果调节变量的可能。然而，其他个人特质对接触干预减少公众污名产生的影响还未得到检验。比如，共情特质高的个体会不会在接触干预后减少更多方面的污名？有研究表明开放性较低和宜人性较低的个体精神障碍污名水平较高（Brown, 2012）。这些个体特质差异对接触干预效果的调节作用有待未来研究的验证。第二，探索除干预对象个体差异外其他可能的调节变量。例如，Dovidio, Love, Schellhaas 和 Hewstone（2017）通过综述群际接触近 20 年的研究进展指出，典型性（typicality）是接触减少偏见的一个调节变量。具体来说，被试感知所接触到的精神障碍患者能够典型代表该患者所在群体的程度，可以调节接触干预效果，足够典型有利于促进接触效果，反之则阻碍接触效果。但这同样仅停留在理论推理阶段，亟须未来研究的验证。未来研究可尝试从现有理论视角出发，也可借鉴其他相关理论，对可能调节接触干预效果的变量进行探索。

5.3 推动接触干预的循证实践发展

探索接触干预的关键成分并在实证研究中验证这些关键成分的有效性可以推动接触干预的循证实践发展。当前，接触干预的有效关键成分已初步得到确认。然而，这些关键成分还较少得到实证研究的验证（Morgan et al., 2018）。今后的接触干预研究可通过遵循接触干预的保真度（fidelity）来进一步验证这些关键成分。干预的保真度可以理解为在干预中对已确认有效关键成分的实施程度（National Academies of Sciences, 2016），也就是说遵循保真度准则就是将确认有效的关键成分在干预项目中予以实施。保真度测量可以用来监测接触干预项目的实施或者评估接触干预实施关键成分的程度。因此，未来研究需要根据接触干预研究设计严谨的保真度测量来评估接触干预实施的保真度程度，同时通过验证接触干预的保真度和接触效果的关系，进一步检验这些关键成分对接触效果的影响，从而推动接触干预的循证实践发展。

此外，推动接触干预“有指导手册、可复制”的发展，这既是加强临床干预实证效度的体现，同时也可促进干预的循证实践。不少干预项目为此作出了尝试，例如加拿大的 Open minds 运动采用相似的评估策略对基于接触的干预项目进行评估，以便确定哪些项目能够产生最大的影响，并探索这些项目的关键成分，以此开发出有效的、可循证实践的干预项目向全国地区推广（Henderson, Stuart, & Hansson, 2016）。然而，当前接触干预大多没有严谨的指导手册可供参考，可复制的干预项目也很少。未来的研究需要进一步为推动接触干预的结构化发展进行探索。

5.4 接触干预有待更多地应用到特定群体和特定精神障碍类型中

鉴于资源的有限性，越来越多的学者认为接触应该以特定人群（target population）为干预对象进行干预（Corrigan et al., 2013）。特定人群主要是指凭借社会角色与精神障碍患者处于相对位置的群体（雇主、医疗保健提供者、警察等），这些群体对精神障碍患者实现生活目标影响可能更大（Corrigan et al., 2013），要么经常和精神障碍患者接触，要么有权利影响精神障碍患者的生活。对这些特定群体进行干预能够在理论和实践上为精神障碍患者提供更多生活机会（Gronholm et al., 2017）。从现有研究来看，

大部分干预出于便利取样的原因以大学生为干预群体，也有少量针对医疗保健群体进行接触干预的研究，对其他特定群体的干预研究则更为少见。当前，有不少研究指出应将接触关键成分纳入对医疗保健提供者、新闻媒体群体、警察等群体的工作训练或心理健康培训中（Booth et al., 2017; Maiorano et al., 2017; Moll et al., 2018），也有研究提出应将接触纳入到对护士等学生群体的课程教育中（Carroll, 2018）。这些研究为如何将接触更合理的应用到对不同群体公众污名的干预项目中提供了思路。未来研究需要根据不同人群的不同特点探索接触干预的最佳方式，并进一步在不同人群中检验接触干预的效果。

此外，减少公众污名应该侧重于特定精神障碍群体，而非“精神障碍”这整个群体。这有两方面考虑：一方面是因为不同类型精神障碍的公众污名不同，接触干预效果会随着精神障碍类型的不同而不同（Lee & Seo, 2017）；另一方面，因接触某一类特定精神障碍群体而改善的污名态度，并不一定能改变对其他精神障碍群体的污名态度（Howard, 2014）。当前有部分研究通过接触干预或接触和教育干预相结合的方式来减少精神分裂症、抑郁症、物质滥用、进食障碍等特定公众污名（Corrigan et al., 2001; Doley, Hart, Stukas, Petrovic, Bouguettaya, & Paxton, 2017; Livingston, Milne, Fang, & Amari, 2012），但这是不足的，比如现有研究忽视了对发病率很高的焦虑障碍污名减少的关注（Casados, 2017）。未来研究还需要进一步探索接触干预在减少对更多特定精神障碍群体污名上的有效性及差异。

5.5 在不同文化背景下检验接触干预公众污名的作用

讨论接触干预的文化差异，建立本土化公众污名干预措施。大部分干预公众污名的研究都来自富裕的西方国家，而在中、低收入国家这样的研究比较少（Semrau, Evans-Lacko, Koschorke, Ashenafi, & Thornicroft, 2015）。将接触干预在高收入国家的研究结果应用到中低收入国家来，要考虑社会文化的因素（Stuart, 2016），因此需要在不同背景下（比如中低收入国家）检验干预方式是否有效。来自印度的一项研究表明，直接接触是减少公众污名的最有效途径（Maulik et al., 2017），这为接触干预在中低收入国家实施具有可行性提供了证据。目前，国内采用接触干预公众污名的研究还较少。Xu, Rüsch, Huang 和 Kösters（2017）对国内公众污名干预研究进行了元分析，结果表明国内大部分研究采用教育或教育和接触相结合的干预方式，尚没有针对单独的接触干预对减少公众污名影响的研究。所以，有必要在我国背景下进一步检验接触的干预效果。

参考文献

李强，高文珺，许丹.(2008).心理疾病污名形成理论述评.*心理科学进展*,16(04), 582–589.

李森森，龙长权，陈庆飞，李红.(2010).群际接触理论——一种改善群际关系的理论.*心理科学进展*, 18(05), 831–839.

Ahuja, K. K., Dhillon, M., Juneja, A., & Sharma, B. (2017). Breaking barriers: An education and contact intervention to reduce mental illness stigma among Indian college students. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 103–109.

Allport, G. W. (1954). The nature of prejudice.

Al Ramiah, A., & Hewstone, M. (2013). Intergroup contact as a tool for reducing, resolving, and preventing intergroup conflict: evidence, limitations, and potential. *American Psychologist*, 68(7), 527.

Ashton, L. J., Gordon, S. E., & Reeves, R. A. (2017). Key Ingredients—Target Groups, Methods and Messages, and Evaluation—of Local-Level, Public Interventions to Counter Stigma and Discrimination: A Lived Experience Informed Selective Narrative Literature Review. *Community mental health journal*, 54(3), 312–333.

Brennan, M., & McGrew, J. H. (2013). Evaluating the effects of NAMI's consumer presentation program, In Our Own Voice. *Psychiatric rehabilitation journal*, 36(2), 72.

Brown, S. A. (2012). The contribution of previous contact and personality traits to severe mental illness stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 274–289.

Brown, S. A., Evans, Y., Espenschade, K., & O'Connor, M. (2010). An examination of two brief stigma reduction strategies: filmed personal contact and hallucination simulations. *Community mental health journal*, 46(5), 494–499.

Booth, A., Scantlebury, A., Hughes-Morley, A., Mitchell, N., Wright, K., Scott, W., & McDaid, C. (2017). Mental health training programmes for non-mental health trained professionals coming into contact with people with mental ill health: a systematic review of effectiveness. *BMC psychiatry*, 17(1), 196.

Campbell, M., Shryane, N., Byrne, R., & Morrison, A. P. (2011). A mental health promotion approach to reducing discrimination about psychosis in teenagers. *Psychosis*, 3(1), 41–51.

Carroll,S.M. (2018). Destigmatizin Mental Illness: An Innovative Evidence-Based Undergraduate Curriculum. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(5), 50–55

Casados, A. T. (2017). Reducing the stigma of mental illness: Current approaches and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 306–323

Cerully, J. L., Collins, R. L., Wong, E., Seelam, R., & Yu, J. (2017). Differential response to contact-based stigma reduction programs: Perceived quality and personal experience matter. *Psychiatry research*, 259, 302–309.

Chen, S. P., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., ... & Pietrus, M. (2017). Fighting stigma in Canada: Opening minds anti-stigma initiative. In The Stigma of Mental Illness-End of the Story? (pp. 237–261). Cham: Springer International Publishing.

Chen, S. P., Koller, M., Krupa, T., & Stuart, H. (2014). Contact in the classroom: Developing a program model for youth mental health contact-based anti-stigma education. *Community mental health journal*, 52(3), 281–293.

Chan, J. Y., Mak, W. W., & Law, L. S. (2009). Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness:"The Same or Not the Same" anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Social science & medicine*, 68(8), 1521–1526.

Chiu, I., & Graham, J. A. (2017). The Effect of a Peer-Based Personal Stories Intervention on Focus of Anxiety and Social Distance Towards People With Mental Illness. *Journal of College Student Development*, 58(1), 101–107.

Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., Jenkinson, D., & Birchwood, M. (2016). Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. *BMJ open*, 6(2), e009435.

Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., De Castro, M., ... & Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 57–64.

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67.

Corrigan, P. W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, 15(1), 67–73.

Corrigan, P. W. (2017). Making the most of contact to erase stigma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 324–326.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental

health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70.

Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., & Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma?. *Community mental health journal*, 43(2), 171–181.

Corrigan, P. W., & Fong, M. W. (2014). Competing perspectives on erasing the stigma of illness: What says the dodo bird?. *Social Science & Medicine*, 103, 110–117.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963–973.

Corrigan, P. W. (2011). Best practices: Strategic stigma change (SSC): Five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatric Services*, 62(8), 824–826.

Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., ... & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia bulletin*, 28(2), 293–309.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., ... & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 187–195.

Corrigan, P. W., Rüsch, N., & Scior, K. (2018). Adapting Disclosure Programs to Reduce the Stigma of Mental Illness. *Psychiatric Services*, Published Online April 02, 2018.

Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Larson, J., Krzyzanowski, R., & Botcheva, L. (2014). Key ingredients to contact-based stigma change: A cross-validation. *Psychiatric rehabilitation journal*, 37(1), 62–64.

Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922.

Corrigan, P. W., Vega, E., Larson, J., Michaels, P. J., McClintock, G., Krzyzanowski, R., ... & Buchholz, B. (2013). The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs. *Psychiatric rehabilitation journal*, 36(3), 173–179.

Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of mental health*, 12(3), 291–305.

Couture, S. M., & Penn, D. L. (2006). The effects of prospective naturalistic contact on the stigma of mental illness. *Journal of Community Psychology*, 34(5), 635–645.

Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2009). Can imagined interactions produce positive perceptions?: Reducing prejudice through simulated social contact. *American Psychologist*, 64(4), 231–240.

Cunningham, R., Peterson, D., & Collings, S. (2017). Like Minds, Like Mine: Seventeen Years of Countering Stigma and Discrimination Against People with Experience of Mental Distress in New Zealand. In The Stigma of Mental Illness-End of the Story? (pp. 263–287). Cham: Springer International Publishing.

Dovidio, J. F., Love, A., Schellhaas, F. M., & Hewstone, M. (2017). Reducing intergroup bias through intergroup contact: Twenty years of progress and future directions. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20(5), 606–620.

Doley, J. R., Hart, L. M., Stukas, A. A., Petrovic, K., Bouguettaya, A., & Paxton, S. J. (2017). Interventions to reduce the stigma of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 210–230.

Desforges, D. M., Lord, C. G., Ramsey, S. L., Mason, J. A., Van Leeuwen, M. D., West, S. C., & Lepper, M. R. (1991). Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of personality and social psychology*, 60(4), 531–544.

Evans-Lacko, S., London, J., Japhet, S., Rüsch, N., Flach, C., Corker, E., ... & Thornicroft, G. (2012). Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC public health*, 12(1), 489–496.

Evans-Lacko, S., Malcolm, E., West, K., Rose, D., London, J., Rüsch, N., ... & Thornicroft, G. (2013). Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s55), s77–s88.

Faigin, D. A., & Stein, C. H. (2008). Comparing the effects of live and video-taped theatrical performance in decreasing stigmatization of people with serious mental illness. *Journal of mental health*, 17(6), 594–606.

Frías, V. M., Fortuny, J. R., Guzmán, S., Santamaría, P., Martínez, M., & Perez, V. (2017). Stigma: the relevance of social contact in mental disorder. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(2), 111–117.

Fung, E., Lo, T. L., Chan, R. W., Woo, F. C., Ma, C. W., & Mak, B. S. (2016). Outcome of a knowledge contact-based antistigma programme in adolescents and adults in the Chinese population. *East Asian Archives of Psychiatry*, 26(4), 129–136.

Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World psychiatry*, 13(2), 161–175.

Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3), 249–258.

Guruge, S., Wang, A. Z. Y., Jayasuriya-Illesinghe, V., & Sidani, S. (2016). Knowing so much, yet knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context. *Psychology, health & medicine*, 22(5), 507–523.

Hackler, A. H., Cornish, M. A., & Vogel, D. L. (2016). Reducing mental illness stigma: Effectiveness of hearing about the normative experiences of others. *Stigma and Health*, 1(3), 201–205.

Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2016). Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 71–79.

Hewstone, M. (1996). Contact and categorization: Social psychological. Stereotypes and stereotyping. In N. Macrae, C. Stangor & M. Hewstone (Eds.), Stereotypes and stereotyping (pp. 323–368). *London: Guilford Press*.

Henderson, C., Stuart, H., & Hansson, L. (2016). Lessons from the results of three national antistigma programmes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 3–5.

Howard, H. R. (2014). Imagined Contact and Its Impact on the Stigma of Mental Illness: Relationship and Secondary Transfer Effects. (Unpublished Master dissertation). University of California.

Janoušková, M., Tušková, E., Weissová, A., Trančík, P., Pasz, J., Evans-Lacko, S., & Winkler, P. (2017). Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *European Psychiatry*, 41, 1–9.

Knaak, S., & Patten, S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 53–62.

Ke, S., Lai, J., Sun, T., Yang, M. M., Wang, J. C. C., & Austin, J. (2015). Healthy young minds: the effects of a 1-hour classroom workshop on mental illness stigma in high school students. *Community mental health journal*, 51(3), 329–337.

Klarić, M., & Lovrić, S. (2017). Methods to Fight Mental Illness Stigma. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 5), 910–917.

Knaak, S., Karpa, J., Robinson, R., & Bradley, L. (2016). “They are Us—We are Them” Transformative learning through nursing education leadership. *In Healthcare management forum* , 29(3), 116–120.

Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1_suppl), 19–26.

Knaak, S., & Patten, S. B. (2015). Building and delivering successful anti-stigma programs for healthcare providers: results of a qualitative study. Mental Health Commission of Canada.

Kosyluk, K. A., Al-Khouja, M., Bink, A., Buchholz, B., Ellefson, S., Fokuo, K., ... & Powell, K. (2016). Challenging the stigma of mental illness among college students. *Journal of adolescent health*, 59(3), 325–331.

Koike, S., Yamaguchi, S., Ojio, Y., Ohta, K., Shimada, T., Watanabe, K., ... & Ando, S. (2016). A randomised controlled trial of repeated filmed social contact on reducing mental illness-related stigma in young adults. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 199–208.

Koller, M., & Stuart, H. (2016). Reducing stigma in high school youth. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 63–70.

Kolodziej, M. E., & Johnson, B. T. (1996). Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders: a research synthesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1387–1396.

Kosyluk, K., Marshall, J., Macias, D. R., Andrus, D., Guerra, D., Robinson, M., ... & Chapman, S. (2018). Examining the impact of This Is My Brave on mental illness stigma and willingness to seek help: a pilot study. *Community mental health journal*, 54(3), 276–281.

Lee, M., & Seo, M. (2017). Effect of direct and indirect contact with mental illness on dangerousness and social distance. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(2), 112–119.

Lemmer, G., & Wagner, U. (2015). Can we really reduce ethnic prejudice outside the lab? A meta-analysis of direct and indirect contact interventions. *European Journal of Social Psychology*, 45(2), 152–168.

Li, Y., Sorrentino, R. M., Norman, R. M., Hampson, E., & Ye, Y. (2017). Effects of symptom versus recovery video, similarity, and uncertainty orientation on the stigmatization of schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 106, 117–121.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150–2161.

Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50.

London, J., & Evans-Lacko, S. E. (2010). Challenging mental health-related stigma through social contact. *European Journal of Public Health*, 20(2), 130–131.

Maiorano, A., Lasalvia, A., Sampogna, G., Pocai, B., Ruggeri, M., & Henderson, C. (2017). Reducing Stigma in Media Professionals: Is there Room for Improvement? Results from a Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(10), 702–715.

Maulik, P. K., Devarapalli, S., Kallakuri, S., Tewari, A., Chilappagari, S., Koschorke, M., & Thornicroft, G. (2017). Evaluation of an anti-stigma campaign related to common mental disorders in rural India: a mixed methods approach. *Psychological medicine*, 47(3), 565–575.

Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., ... & Koschorke, M. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic

review. *The British Journal of Psychiatry*, 207(5), 377–384.

Moll, S. E., VandenBussche, J., Brooks, K., Kirsh, B., Stuart, H., Patten, S., & MacDermid, J. C. (2018). Workplace Mental Health Training in Health Care: Key Ingredients of Implementation. *The Canadian Journal of Psychiatry*, published online February 26, 2018.

Moll, S. E., Patten, S., Stuart, H., MacDermid, J. C., & Kirsh, B. (2018). Beyond Silence: A Randomized, Parallel-Group Trial Exploring the Impact of Workplace Mental Health Literacy Training with Healthcare Employees. *The Canadian Journal of Psychiatry*, published online April 19, 2018.

Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 103,120–133.

Na, J. J., & Chasteen, A. L. (2016). Does imagery reduce stigma against depression? Testing the efficacy of imagined contact and perspective-taking. *Journal of Applied Social Psychology*, 46(5), 259–275.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change. National Academies Press.

Nguyen, E., Chen, T. F., & O'Reilly, C. L. (2012). Evaluating the impact of direct and indirect contact on the mental health stigma of pharmacy students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(7), 1087–1098.

Norman, R. M., Li, Y., Sorrentino, R., Hampson, E., & Ye, Y. (2017). The differential effects of a focus on symptoms versus recovery in reducing stigma of schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(11), 1385–1394.

Painter, K., Phelan, J. C., DuPont-Reyes, M. J., Barkin, K. F., Villatoro, A. P., & Link, B. G. (2016). Evaluation of antistigma interventions with sixth-grade students: a school-based field experiment. *Psychiatric services*, 68(4), 345–352.

Patten, S. B., Remillard, A., Phillips, L., Modgill, G., Szeto, A. C., Kassam, A., & Gardner, D. M. (2012). Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students. *BMC medical education*, 12(1), 120–128.

Petkari, E. (2017). Building Beautiful Minds: Teaching Through Movies to Tackle Stigma in Psychology Students in the UAE. *Academic Psychiatry*, 41(6), 724–732.

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology*, 90(5), 751–783.

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38(6), 922–934.

Reinke, R. R., Corrigan, P. W., Leonhard, C., Lundin, R. K., & Kubiak, M. A. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of social and clinical psychology*, 23(3), 377–389.

Rubio-Valera, M., Aznar-Lou, I., Vives-Collet, M., Fernández, A., Gil-Girbau, M., & Serrano-Blanco, A. (2018). Reducing the Mental Health–Related Stigma of Social Work Students: A Cluster RCT. *Research on Social Work Practice*, 28(2), 164–172.

Semrau, M., Evans-Lacko, S., Koschorke, M., Ashenafi, L., & Thornicroft, G. (2015). Stigma and discrimination related to mental illness in low-and middle-income countries. Epidemiology and psychiatric sciences, 24(5), 382–394.

Stathi, S., Tsantila, K., & Crisp, R. J. (2012). Imagining intergroup contact can combat mental health stigma by reducing anxiety, avoidance and negative stereotyping. *The Journal of social psychology*, 152(6), 746–757.

Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Global Mental Health*, 3(104), 30–33.

Stubbs, A. (2014). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australasian Psychiatry*, 22(6), 579–584.

Thonon, B., Pletinx, A., Grandjean, A., Billieux, J., & Larøi, F. (2016). The effects of a documentary film about schizophrenia on cognitive, affective and behavioural aspects of stigmatisation. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 196–200.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132.

Vaghee, S., Salarhaji, A., Lotfabadi, M. K., & Vaghei, N. (2017). Comparing the Effect of Contact-based Education with Acceptance and Commitment Training on Destigmatization Toward Psychiatric Disorders in Nursing Students. *Irnlan journal of psychlatry and behavioral sciences*, 11(2).

Vinson, E. S., Abdullah, T., & Brown, T. L. (2016). Mental Illness Stigma Intervention in African Americans: Examining Two Delivery Methods. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(5), 400–403.

Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of counseling psychology*, 60(2), 311–316.

West, K., Holmes, E., & Hewstone, M. (2011). Enhancing imagined contact to reduce prejudice against people with schizophrenia. *Group Processes & Intergroup Relations*, 14(3), 407–428.

West, K., & Turner, R. (2014). Using extended contact to improve physiological responses and behavior toward people with schizophrenia. *Journal of Experimental Social Psychology*, 50, 57–64.

Wong, E. C., Collins, R. L., Cerully, J. L., Jennifer, W. Y., & Seelam, R. (2018). Effects of contact-based mental illness stigma reduction programs: age, gender, and Asian, Latino, and White American differences. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(3), 299–308.

World Health Organization. (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. In Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group.

World Health Organization. (2015). Mental health action plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.

Xu, Z., Rüsch, N., Huang, F., & Kösters, M. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. I. Interventions among the general public. *Psychiatry research*, 255, 449–456.

Yamaguchi, S., Mino, Y., & Uddin, S. (2011). Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 65(5), 405–415.

Yamaguchi, S., Wu, S. I., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. A., & Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health–related stigma in university or college students: a systematic review. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(6), 490–503.

Application of Contact Intervention to Reduce Public Stigma of Mental Disorders

ZHAO Hebin；XIA Mian；CAO Ben；JIANG Guangrong

(*Key Laboratory of Adolescent Cyberpsychology and Behavior (CCNU), Ministry of Education; School of Psychology, Central China Normal University; Key Laboratory of Human Development and Mental Health of Hubei Province, Wuhan 430079,China*)

Abstract: Contact intervention is an important way to reduce the public stigma of mental disorders. Various forms of contact have been widely used in intervention studies of this approach, and have proven to be effective in reducing stigma in terms of attitude, emotion, behavior intention and so on. The effect of contact intervention depends on how the intervention is carried out and individual differences of the intervention object. Regarding implementation, effective contact intervention involves three key ingredients: people with mental disorders, information and interaction, which may be affected by certain characteristics. During study, the presence of multi-form contact, continuous contact, contact quality and other ingredients can further magnify the effect of the intervention. As for the intervention object, the effect varies according to individual differences. In the future, the study design for contact intervention should be further improved, to enrich the study of the theoretical mechanism of contact intervention, and promote development of evidence-based practices of contact intervention. In addition, further study will focus on application of contact intervention in reducing public stigma of specific groups and specific types of mental disorders, as well as verification of the effect of contact intervention in the culture of China.

Key Words：public stigma of mental disorder; contact intervention; key ingredients; individual difference